

# Des Métastases à distance du Cancer de l'Œsophage

---

THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le 15 Février 1935, à 17 heures*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

de **RENTY Charles-Auguste-Louis**

Né à Calais (Pas-de-Calais) le 17 Décembre 1909

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MICHEL, Professeur, *Président*  
HOCHÉ, Professeur, *Juge.*  
BARTHÉLÉMY, Agrégé, *Juge.*  
CHALNOT, Agrégé, *Juge.*

*Le candidat répondra, aux questions qui lui seront posées  
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

LILLE  
IMPRIMERIE DOURIEZ-BATAILLE  
5 rue Jacquemars-Giélée

1935







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

DES MÉTASTASES A DISTANCE  
DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE



# Des Métastases à distance du Cancer de l'Œsophage

---

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le 15 Février 1935, à 17 heures*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

de **RENTÿ Charles-Auguste-Louis**

Né à Calais (Pas-de-Calais) le 17 Décembre 1909

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM MICHEL, Professeur, Président  
HOCHÉ, Professeur, Juge.  
BARTHÉLÉMY, Agrégé, Juge.  
CHALNOT, Agrégé, Juge.

*Le candidat répondra, aux questions qui lui seront posées  
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

LILLE

IMPRIMERIE DOURIEZ-BATAILLE

5 rue Jacquemars-Giélée

1935

# UNIVERSITÉ DE NANCY -- FACULTÉ DE MÉDECINE

*Doyen* : M. L. SPILLMANN, O \*, I ☉.

*Professeurs honoraires* : MM. NICOLAS, \*, I ☉ ;  
WEISS, O \*, I ☉ ; BOUIN, O \*, I ☉ ; ANCEL, \*, I ☉ ;  
GARNIER \*, I ☉ ; MACÉ \*, I ☉ ; P. PARISOT, O \*, I ☉.  
M. DUFOUR, \*, I ☉. M. G. THIRY, \*, I ☉.

## *Professeurs :*

|                                                   |                              |
|---------------------------------------------------|------------------------------|
| Anatomie pathologique . . . . .                   | M. L. HOCHÉ, O *, I ☉.       |
| Clinique médicale . . . . .                       | M. G. ETIENNE, O *, I ☉.     |
| Clinique des malad. syphil. et cutanées . . . . . | M. L. SPILLMANN, O *, I ☉.   |
| Cliniq. de chir. infantile et d'orthopéd. . . . . | M. R. FRÉLICH, *, I ☉.       |
| Physiologie . . . . .                             | M. M. LAMBERT, *, I ☉.       |
| Clinique obstétricale et Accouchem. . . . .       | M. A. FRUHHNSHOLZ, O *, I ☉. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . .       | M. P. JACQUES, *, I ☉.       |
| Clinique de chirurgie urinaire . . . . .          | M. P. ANDRÉ, O *, I ☉.       |
| Histologie . . . . .                              | M. R. COLLIN, *, I ☉.        |
| Anatomie descriptive . . . . .                    | M. M. LUCIEN, *, I ☉.        |
| Clinique chirurgicale . . . . .                   | M. G. MICHEL, *, I ☉.        |
| Clinique médicale . . . . .                       | M. L. RICHON, *, I ☉.        |
| Chimie médicale . . . . .                         | M. H. ROBERT, *, I ☉.        |
| Thérapeutique . . . . .                           | M. M. PERRIN, *, I ☉.        |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .          | M. J. PARISOT, C. *, I ☉.    |
| Clinique chirurgicale . . . . .                   | M. HAMANT, *, I ☉.           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                | M. P. JEANDELIZE, *, I ☉.    |
| Hydrologie . . . . .                              | M. SANTENOISE, *, A. ☉, ☉.   |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .       | M. L. CAUSSADE, *, I ☉.      |
| Bactériologie . . . . .                           | M. DE LAVERGNE, *, I ☉.      |
| Professeurs sans chaire . . . . .                 | { M. L. JOB, *, I ☉.         |
|                                                   | { M. WATRIN, *, I ☉.         |

## *Chargés de cours complémentaires :*

|                                              |                                            |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Clinique des maladies tuberculeus. {         | M. M. PERRIN, *, I ☉, professeur.          |
|                                              | M. P. SIMONIN, A. ☉, agrégé.               |
| Pathologie générale . . . . .                | M. P. SIMONIN, A. ☉, agrégé.               |
| Clin. gynécolog. . . . .                     | M. A. BINET, *, I ☉, agrégé, libre.        |
| Pathologie externe . . . . .                 | M. GUILLEMIN, A. ☉, agrégé.                |
| Clinique des maladies contagieuses . . . . . | M. DE LAVERGNE, *, I ☉, profes.            |
| Propédeutique dermatologique . . . . .       | M. WATRIN, *, I ☉, Professeur sans chaire. |
| Médecine opératoire. . . . .                 | M. M. BARTHÉLEMY, *, I ☉, agr., libre.     |
| Electrothérapie et radiologie . . . . .      | M. G. LAMY, *, I ☉, agrégé libre.          |
| Accouchements (cours théorique). . . . .     | M. JOB, *, I ☉, Professeur sans chaire.    |
| Obstétrique . . . . .                        | M. VERMELIN, *, A. ☉, agrégé.              |
| Clinique propédeutique médicale. . . . .     | M. DROUET, A. ☉, agrégé.                   |
| Anatomie et Médecine légale . . . . .        | M. MUTEL, *, I ☉, agrégé.                  |
| Pathologie interne . . . . .                 | M. ABEL, *, A. ☉, agrégé.                  |
| Clinique des maladies mentales . . . . .     | M. HAMEL, *, docteur.                      |
| Education physique (1) . . . . .             | M. L. MERKLEN, A. ☉ agrégé.                |
| Physiologie du travail . . . . .             | M. MERKLEN, A. ☉ agrégé.                   |
| Clinique neurologique (1) . . . . .          | M. MICHON, docteur.                        |
| Propédeutique O. R. L. (1) . . . . .         | M. AUBRIOT, docteur.                       |
| Parasitologie . . . . .                      | M. DOMBRAY, docteur.                       |

## *Agrégés en exercice :*

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| M. MERKLEN, A. ☉. | M. MUTEL, *, I ☉.     |
| M. FLORENTIN.     | M. VERMELIN, *, A. ☉. |
| M. BODART.        | M. GUILLEMIN, A. ☉.   |
| M. CHALNOT.       | M. ABEL, *, I ☉.      |
| M. WOLFF.         | M. DROUET, A. ☉.      |
| M. POURSINES.     | M. P. SIMONIN, A. ☉.  |
| M. MELNOTTE, O *. |                       |

## *Agrégés libres :*

MM. G. GROSS, \*, I ☉ ; S. RÉMY, I ☉ ; BUSQUET, I ☉  
M. LAMY, \*, I ☉ ; M. FAIRISSE, I ☉ ; M. A. BINET, \*, I ☉,  
BARTHÉLEMY, \*, I ☉,  
M. TRIBOLET, I ☉, Secrétaire.



(1) *Fondation de l'Université.*

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les approuver.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE  
Mort pour la France

---

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

---

A MA FEMME

---

A TOUS LES MIENS

---

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD  
Professeur Suppléant à la Faculté Libre de Médecine  
de Lille

C'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous l'en remercions bien vivement.

---

A TOUS MES MAITRES  
DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

---

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :  
MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL  
Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté  
de Médecine de Nancy

Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

---

A MES JUGES :  
MONSIEUR LE PROFESSEUR HOCHÉ  
MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS  
BARTHÉLÉMY et CHALNOT

---

## INTRODUCTION

---

Le cancer est en progression, les statistiques le prouvent. Ce ne serait, pour les uns, que la rançon d'une civilisation qui accapare tout et jusqu'à notre nourriture qu'elle rend de plus en plus artificielle. Pour les autres, cette progression ne serait qu'apparente et marcherait de pair avec les progrès de la médecine et de ses moyens d'investigation ; les rayons X, les méthodes endoscopiques et toutes les recherches de laboratoire, permettant actuellement d'affirmer des diagnostics impossibles à poser au seul examen clinique.

C'est en se basant sur l'œsophagoscopie, que GUISEZ affirme 580 cas de tumeur maligne de l'œsophage sur 800 cas de sténose de ce conduit digestif.

Et L. BÉRARD, qui a étudié différentes statistiques conclut que sur 5.000 œsophagoscopies justifiées, les trois quarts permirent de conclure au cancer.

Oserait-on donner de tels pourcentages sans ce merveilleux procédé qu'est l'endoscopie ?

Quoiqu'il en soit, cette maladie hante les esprits et le moyen de la guérir, malgré d'innombrables travaux, est toujours à l'étude.

Nous en sommes à la période des moyens de fortune, pour ainsi dire, qui, faute de pouvoir arrêter le mal dans ses racines, ne peuvent qu'améliorer plus ou moins passagèrement, les malheureuses victimes de ce terrible fléau.

Rien de ce qui peut aider à la connaissance de ce mal ne doit donc être négligé, c'est pourquoi le Professeur BERNARD nous a suggéré la présente étude, à propos de deux cas intéressants de cancers de l'œsophage, plus ou moins frustes ou latents, diagnostiqués à l'occasion d'une métastase à distance de la lésion initiale. Le Professeur D'HALLUIN a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation d'un cas aussi typique observé tout dernièrement.

Nous nous proposons donc, après avoir étudié l'existence, la fréquence, les localisations et le pronostic de ces métastases éloignées, de montrer l'importance toute spéciale qu'elles peuvent parfois avoir au point de vue diagnostique et dans quelques cas, malheureusement trop rares, du point de vue thérapeutique.

---

## CHAPITRE I

---

### OBSERVATIONS

---

Avant toute autre considération, relatons simplement les observations qui sont à la base de notre travail.

#### OBSERVATION I

(P<sup>r</sup> BERNARD)

Henri P..., 65 ans, nous consulte le 27 décembre 1928, pour une tuméfaction située sur la face antérieure de la cuisse gauche et une autre dans la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite.

Ces deux tumeurs sont incluses, l'une dans le quadriceps, l'autre dans les muscles abdominaux ; elles sont mobiles avec les contractions musculaires.

Du volume d'une mandarine, elles sont dures et indolores.

Le malade voudrait s'en débarrasser, non pas qu'elles le fassent souffrir, mais parce qu'elles manifestent leur présence à chaque mouvement, ce qui l'agace.

Nous sommes frappés par l'extrême pâleur du malade qui nous apprend qu'il a perdu l'appétit et qu'il a notablement maigri, sans pouvoir préciser exactement la différence de poids. Pas de vomissements, ni de régurgitations, mais légère dysphagie qui ne se manifeste d'ailleurs que si le malade mange trop vite.

La radioscopie montre un arrêt prolongé de la baryte au niveau du cardia ; et sur la radiographie, on note que l'extrémité inférieure de l'œsophage présente des contours irréguliers. Nous portons donc le diagnostic de cancer œsophagien à forme anémique. En effet, l'analyse de sang donne les résultats suivants :

Hématies ..... 3.120.000

Leucocytes ..... 4.400

Hémoglobine ..... 60 %

Légère anisocytose.

B. W. négatif.

Restait à savoir quelle était la nature des tumeurs musculaires apparues cinq mois auparavant. La tumeur incluse dans le quadriceps gauche fut prélevée. L'examen anatomo-pathologique (P<sup>r</sup> CURTIS), donna les résultats suivants :

« Cancer épithélial à forme alvéolaire. Les alvéoles sont remplies de larges cellules polygonales à très gros noyaux, rappelant celles d'un épithélium pavimenteux. Les cellules présentent une quantité énorme de caryocinèses normales et anormales, grande quantité d'altérations nucléaires, formation de cellules endogènes, etc. Il s'agit évidemment d'une métastase d'un cancer épithélial provenant d'une muqueuse dermo-papillaire ».

L'origine de cette métastase, la clinique nous la montre dans le rétrécissement cancéreux de l'extrémité inférieure de l'œsophage.

La cachexie et l'anémie du malade augmentèrent progressivement. Jusque la fin il put déglutir, lentement, un ou deux litres de lait, sans régurgitation.

Il mourut dix-huit mois après notre premier examen, ce qui constitue une évolution très lente. La métastase de la paroi abdominale n'a que très peu augmenté de volume.

## OBSERVATION II

(P<sup>r</sup> BERNARD)

Mademoiselle Go.... Zélie, 66 ans, vue le 19 juin 1934, pour anorexie et hoquet depuis deux mois. Amaigrissement considérable. L'examen somatique montre un foie bosselé, douloureux, atteignant l'ombilic ; cancer secondaire du foie. Soupçonnant un cancer digestif, nous soumettons la malade à un examen radioscopique de l'œsophage et de l'estomac.

Nous constatons alors un rétrécissement irrégulier, très serré du tiers inférieur de l'œsophage.

Il s'agissait donc d'un cancer de l'œsophage, dont une des premières manifestations était un cancer secondaire du foie.

L'évolution fut rapide. Trois semaines après, la mort survenait par cachexie.

## OBSERVATION III

(MM. D'HALLUIN, BELLE et DESBONNETS)

Le 7 mars 1934, le D<sup>r</sup> DESBONNETS envoie à notre collaborateur, le D<sup>r</sup> BELLE, un malade de 49 ans, atteint de tuméfaction du coude droit.

Nous apprenons alors que ce malade a vu son médecin traitant qui s'est cru en présence d'une arthrite rhuma-

tismale. L'amélioration ne se produisant pas, le malade va voir un autre médecin qui le dirige vers un chirurgien, le D<sup>r</sup> DESBONNETS, qui nous l'adresse en vue d'un examen radiologique.

Sur la vue postérieure, on constate sur le film une tuméfaction des parties molles, comparable à celle que l'on voit à l'examen clinique du membre. Mais, au sein de cette tuméfaction se trouvent des opacités présentant de petits fragments osseux disséminés. L'épitrôchlée est complètement détruite, la surface articulaire étant cependant respectée.

On trouve en fait, comme une véritable fonte osseuse du massif épitrôchléen, sans réaction périostée de voisinage, avec des fragments calcifiés au sein de la tumeur.

Dans la vue latérale, on constate une destruction de la paroi postérieure, beaucoup moins importante que la perte de substance constatée sur la vue postérieure et l'on voit des prolongements calcifiés, se propageant dans les parties molles de la tumeur.

On pense à un sarcome, et sur la foi de ce diagnostic, le D<sup>r</sup> DESBONNETS procède à une désarticulation de l'épau-le, à la date du 12 mars 1934. Cette opération est relativement bien supportée par le malade. La pièce ayant été envoyée au Laboratoire d'Anatomie Pathologique, notre collègue, le P<sup>r</sup> DELATTRE, répond qu'il s'agit d'une tumeur métastatique qui doit avoir pour point de départ un organe muni d'un épithélium pavimenteux.

Le D<sup>r</sup> DESBONNETS, alerté par ce diagnostic, ne trouve pas de point de départ. Il conseille à ce malade une exploration radiologique, mais ses paroles ne sont guère écoutées.

Cependant l'état général décline de plus en plus. Le malade présente de la raucité de la voix et une dysphagie

commengante. Grâce à l'influence d'une personne de son entourage, il vient nous revoir le 16 juin.

Nous faisons alors un examen du médiastin, celui-ci se montre négatif. Nous prions le malade d'avaler quelques gorgées de liquide baryté, et nous trouvons, à la partie supérieure de l'œsophage, un rétrécissement relativement serré, à bords irréguliers, permettant de porter le diagnostic de tumeur de l'œsophage.

Nous ignorions alors le résultat de l'examen histologique, et l'examen du cliché nous avait montré comme parfaitement acceptable le diagnostic de sarcome, porté par notre collaborateur. Nous nous demandions toutefois, quelle pouvait être la relation entre ces deux affections. C'est alors que nous avons été mis au courant de l'examen histologique, et dans ces conditions le mystère était éclairci.

Le 5 juillet, on met dans l'œsophage trois tubes de radium, laissés en place trois jours, mais on n'obtient aucune amélioration.

Des douleurs apparaissent, la dysphagie augmente, la cachexie s'accroît dans de grandes proportions et le malade meurt en septembre 1934.

Chez aucun de ces trois malades l'examen œsophagoscopique n'a pu être pratiqué, aucun n'étant hospitalisé, ni n'acceptant ce moyen d'investigation. Ce qui est très regrettable. Cependant le diagnostic de cancer de l'œsophage paraît certain pour les trois cas :

Pour l'observation I, on a, d'après les recherches anatomo-pathologiques, une localisation secondaire à un cancer d'une muqueuse dermo-papillaire.

et on trouve un rétrécissement irrégulier de l'œsophage.

Pour l'observation II, foie bosselé, impliquant le diagnostic de cancer secondaire du foie, et la malade présente à l'examen radioscopique les signes de cancer œsophagien.

Pour l'observation III, le laboratoire conclut à une tumeur métastatique du coude, d'un cancer d'un épithélium pavimenteux, et un examen ultérieur aux rayons X montre là aussi un rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

En outre, l'évolution dans les trois cas a confirmé le diagnostic.

---

## CHAPITRE II

---

### EXISTENCE DES MÉTASTASES A DISTANCE

---

Un des grands facteurs de gravité du cancer, et ce qui rend si décevants les essais de traitement curatif, est cette tendance à la généralisation, avec localisations loin de la lésion initiale.

Le cancer de l'œsophage, comme toute tumeur maligne, se propage, et cette propagation se fait :

1° Par continuité, à l'œsophage et aux lymphatiques et ganglions tributaires. C'est l'accroissement progressif et l'extension locale de la maladie.

2° Par contiguïté, par contact, aux organes de voisinage, c'est ainsi que seront envahis la plèvre, la trachée, les bronches, la veine azygos, la veine cave, les vertèbres, etc.....

3° A distance, dans le foie (Obs. II), les muscles (Obs. I) ou les os (Obs. III), et dans bien d'autres organes, ainsi que nous le verrons. Bien des auteurs les ont signalées, ces localisations à distance,

découvertes comme telles, soit à l'examen clinique seul, soit avec l'aide de la radio, soit surtout avec la collaboration du laboratoire d'anatomie pathologique.

A) CLINIQUEMENT. — C'est le cas du malade observé par CROUZON, BANCK et BUREAU, qui présente des nodules cutanés, typiques de métastases néoplasiques, alors qu'il souffrait déjà de dysphagie, accompagnée de cachexie. C'est aussi le cas de CHALIER et DELORME, qui voient un homme atteint de signes de cancer certain de l'œsophage, avec gros foie bosselé.

En un mot, c'est la coexistence de signes de tuméfaction maligne, éveillant l'idée de cancer secondaire, et de signes nets d'une tumeur primitive au niveau du conduit œsophagien.

B) Mais la clinique ne permettra pas toujours de trouver le fin mot de l'énigme, tant s'en faut. Un examen radiologique peut s'avérer nécessaire, qui permettra :

— De trouver la lésion secondaire, celle de l'œsophage étant connue. Les rayons X feront surtout découvrir les tumeurs malignes osseuses, au niveau des membres, des côtes, de la colonne vertébrale, du crâne, etc.....

— De trouver ou de localiser, après ingestion de bouillie opaque, le cancer primitif, la métastase étant évidente. Elle est considérée comme étant à point de départ œsophagien, lorsqu'on voit la ba-

ryte s'arrêter en un point où elle s'amasse, avant de s'engager dans la zone sténosée, où elle pénètre sous forme d'un filet irrégulier et mince.

— Enfin, d'arriver à diagnostiquer, et la greffe à distance, et le cancer œsophagien, comme dans notre cas III, encore que les seuls rayons n'aient pu établir la relation de cause à effet, le dernier mot revenant à l'examen histologique.

(<sup>1</sup>) En effet, pour pouvoir affirmer d'un noyau viscéral, cutané, musculaire ou osseux, qu'il est dû à la généralisation d'un cancer d'un autre organe, il faut que ce noyau ne présente pas la structure d'une tumeur maligne primitive de la région qu'il envahit, mais bien qu'il reproduise le type histologique du cancer de cet autre organe. Les cellules cancéreuses émigrant dans l'organisme par voie lymphatique ou sanguine, peuvent s'arrêter en un point, s'y greffer et y développer une tumeur semblable histologiquement à la tumeur mère, car les noyaux secondaires d'une tumeur reproduisent les caractères histologiques essentiels du néoplasme d'origine, en quelque organe qu'on les considère.

Ces embolies de cellules pathologiques se font à la faveur d'une effraction vasculaire spontanée, conséquence de l'extension et la pénétration locales de la maladie ; ou provoquée ; passage d'une sonde, radiumthérapie. Au sujet de la radiumthérapie, encore faut-il faire une réserve, D'HALLUIN affirmant que la survie provoquée par ce traitement laisse aux métastases le temps de se constituer, mais ne les provoque pas.

On conçoit l'intérêt tout spécial de l'examen anatomopathologique, qui seul pourra donner la certitude quant à la filiation de la tumeur examinée au laboratoire, soit qu'elle ait été extirpée, soit qu'il ait été fait une biopsie.

Nous résumerons volontiers ici, le cas observé par POLSON et MAC INTOSH. Le malade était atteint de tumeurs œsophagienne, sigmoïdienne et hépatique. Était-ce un cancer de l'œsophage et ses localisations secondaires ? Les recherches histologiques faites après autopsie, montrèrent, d'un côté néoplasme œsophagien, de l'autre néoplasme sigmoïdien caractéristique avec métastase dans le foie. Bien difficile eût été la discrimination sans l'aide du microscope !

D) AUTOPSIE. — De nombreuses métastases restent latentes, au cours de l'évolution du cancer œsophagien. Mais absence de symptômes ne signifie pas absence de lésion. Donc, l'autopsie systématique, chez tout malade mort de néoplasme de l'œsophage, doit permettre de vérifier que cette tumeur donne relativement fréquemment des greffes à distance, et de fait, des cas de ce genre diagnostiqués après la mort ont été rapportés, et ils ne se comptent plus.

En un mot, la clinique, la radiologie, l'examen histologique, la nécropsie prouvent surabondamment que les métastases à distance du cancer de l'œsophage ne sont pas des mythes et même qu'elles sont loin d'être des raretés.

## CHAPITRE III

---

### FRÉQUENCE

---

Au sujet de l'existence et de la fréquence des greffes à distance de cellules cancéreuses à point de départ œsophagien, de nombreux avis ont été exprimés.

FREUDENHAMMER, SOUTTAR les nient purement et simplement.

Sans aller à donner un avis aussi catégorique, CHAUFFARD admet qu'« il se généralise rarement ». C'est aussi l'opinion de RAMOND, de MOULONGUET, de COLLET et de bien d'autres auteurs.

HELSLEY se rattache à l'idée que la tendance métastatique est très limitée et ne se produit qu'à la période ultime de la maladie.

LE DENTU et DELBET parlent par contre de généralisation assez fréquente dans le foie, les poumons et les os.

PAILLASSE admet qu'il y aurait métastase dans le

tiers des cas, c'était aussi le chiffre donné par FRI-CHENFELD et par STARLINGER.

LAMY, sur 104 cas, ne trouve que 9 fois des noyaux à distance. Par contre, KLEIN, dans une statistique portant sur 264 cas, donne le chiffre de 170 métastases dans les organes éloignés. Mais, en l'absence de précisions de l'auteur, nous ne pensons pas que 170 localisations veulent dire 170 malades, car dans certains cas, il y a des nodules secondaires dans différents organes, chez un même sujet. PIC et BRET rapportent ainsi l'observation de deux malades morts de cancer œsophagien, où il fut découvert, à l'autopsie, des métastases, à la fois dans le cœur, les poumons, les reins et la rate, pour le premier ; dans le cœur, le poumon gauche et le foie, pour le deuxième. Chez ce deuxième malade, toutes les métastases étaient restées méconnues. D'autres observations analogues ont été rapportées, mais sans atteinte du cœur, le plus souvent. Nous ne pouvons toutes les relater.

Cette énumération d'avis si différents montre bien que l'accord n'est pas fait à ce sujet, et c'est peut-être parce que les recherches ne sont pas faites sur la même base et que les moyens d'investigation sont différents. KLEIN, qui recherche systématiquement à l'autopsie, les noyaux secondaires, aura forcément un pourcentage beaucoup plus élevé que celui qui ne compte que les cas où ces noyaux se sont manifestés cliniquement, car il est un fait indéniable, c'est que nombre de localisations à dis-

tance restent tout à fait silencieuses et ne sont pas décelables, autrement qu'à l'autopsie.

Même divergence d'opinions se manifeste, quand il s'agit de déterminer si le cancer se généralise plus facilement suivant qu'il est situé à un endroit ou un autre de l'œsophage.

C. RICCI trouve un pourcentage plus grand lorsque la lésion initiale est bas située.

Dans le même ordre d'idée, BONNAMOUR et GIRAUD admettent que la généralisation ne peut se faire que lorsqu'il y a atteinte du cardia.

A l'opposé, VINSON affirme que les tumeurs malignes du tiers supérieur de l'œsophage donnent beaucoup plus de métastases que celles implantées sur les deux tiers sous-jacents.

La controverse est difficile à trancher, pour qui n'a pas une très grande expérience de cette affection avec un nombre important de cas étudiés à fond.

Néanmoins, il semble que l'opinion soit plus généralement portée à admettre la forme juxta-cardiaque, comme plus fréquemment accompagnée de localisations éloignées. Et comme d'autre part, la vascularisation de l'œsophage est plus développée à la partie inférieure, il semble logique d'admettre que les formes basses se généralisent plus fréquemment et peut-être plus tôt.

---



## CHAPITRE IV

---

### LOCALISATIONS

---

Tous les organes peuvent être atteints par les localisations secondaires du cancer de l'œsophage. Mais ce n'est pas de quelques cas isolés, qu'on peut conclure à la fréquence de l'atteinte de tel ou tel organe par rapport à d'autres. Plus le nombre de malades examinés sera grand, plus l'on pourra espérer avoir une statistique proche de la vérité. C'est pourquoi nous emprunterons à SAMAJA sa statistique, portant sur des recherches effectuées par différents médecins, dans des centres différents, et à KLEIN celle dans laquelle entrent 264 cancers de l'œsophage, avec 170 métastases à distance, vérifiées ou découvertes à l'autopsie.

**Organes envahis par les métastases**  
**Tableau dressé par SAMAJA**

|                             | Zürich<br>23 cas | Berne<br>19 cas | Bologne<br>8 cas | S. A. P.<br>24 cas | Genève<br>25 cas | Reichelmann<br>à Berlin 36 cas | Kasansky<br>20 cas | Total<br>155 cas |
|-----------------------------|------------------|-----------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------------------|--------------------|------------------|
| Foie                        | 8                | 11              | 7                | 12                 | 8                | 15                             | 7                  | 68               |
| Intestin                    | 8                |                 | 1                |                    | 1                |                                | 2                  | 12               |
| Pancréas                    |                  |                 | 2                | 1                  | 1                | 2                              |                    | 6                |
| Rate                        | 1                |                 |                  | 1                  | 1                | 1                              | 1                  | 5                |
| Rein                        | 2                | 5               |                  | 4                  | 3                | 7                              | 5                  | 28               |
| Capsules surrénales         |                  | 3               | 3                |                    | 1                | 1                              | 1                  | 9                |
| Méninges                    | 3                |                 |                  |                    | 1                |                                | 2                  | 5                |
| Cerveau                     | 1                |                 |                  | 1                  |                  | 1                              |                    | 3                |
| Peau et tissus sous-cutanés |                  |                 |                  | 1                  |                  |                                | 1                  | 2                |
| Ovaires                     |                  |                 |                  |                    |                  | 1                              |                    | 1                |
| Péritoine                   |                  |                 |                  |                    |                  | 1                              | 2                  | 3                |

Au sujet de ce tableau, il faut remarquer que dans certaines colonnes, le chiffre total des métastases dépasse le nombre de cas de cancers observés ; c'est que quelques malades ont eu plusieurs métastases en différents points. Ce qui confirme ce que nous disions au chapitre III, au sujet de la statistique de KLEIN.

*Statistique de KLEIN*  
*basée sur 264 cancers de l'œsophage*

|    |            |                               |
|----|------------|-------------------------------|
| 52 | métastases | dans le foie.                 |
| 37 | —          | — les pŕoumons.               |
| 3  | —          | — le cerveau.                 |
| 2  | —          | — la rate.                    |
| 5  | —          | — le pancréas.                |
| 6  | —          | — la colonne vertébrale.      |
| 6  | —          | — la thyroïde.                |
| 1  | —          | — la langue.                  |
| 20 | —          | — la plèvre.                  |
| 5  | —          | — le cœur.                    |
| 1  | —          | — la paroi abdominale.        |
| 1  | —          | — la peau de l'abdomen.       |
| 8  | —          | — les surrénales.             |
| 3  | —          | — le diaphragme (en dessous). |
| 4  | —          | — les bras.                   |
| 4  | —          | — les côtes.                  |
| 4  | —          | — le sternum.                 |
| 7  | —          | — le cul de sac de Douglas.   |
| 1  | —          | — la vessie.                  |

Tous admettent que le foie est le plus fréquemment atteint et même de beaucoup. Puis viendrait le rein. Cependant KLEIN donne le deuxième rang aux localisations pulmonaires, et ne cite même pas un cas de métastase rénale.

A propos de poumons, il est un fait qui mérite d'être signalé, c'est la différence qui existe entre leur atteinte cancéreuse secondaire par contiguité, pleurale d'abord, pulmonaire ensuite, par extension d'une masse néoplasique à point de départ œsophagien, et les noyaux limités, situés en plein parenchyme pulmonaire, entourés de tissu sain, ces derniers seuls entrant dans le cadre de notre étude.

---

## CHAPITRE V

---

### PRONOSTIC

---

Il est évidemment très grave. On affirme généralement que le cancer de l'œsophage tuant très vite, les métastases n'ont pas le temps d'apparaître, ou lorsqu'elles se manifestent, c'est à la période toute terminale de la maladie, à un moment où l'état général est si précaire, la cachexie si avancée, qu'un phénomène morbide de plus ou de moins ne mérite plus d'attirer l'attention.

Ceci est vrai dans certains cas, il ne l'est pas dans d'autres, nous n'en prendrons pour preuve que les observations I et III que nous avons rapportées. Dans la première, la mort survient dix-huit mois après la constatation clinique de la localisation secondaire, dans la deuxième, six mois après l'exérèse de la lésion du coude, cette exérèse étant pratiquée alors que le noyau métastatique évoluait déjà depuis un certain temps, selon toute vraisemblance.

Sans compter encore les nombreux cas, où les localisations secondaires sont restées tout à fait latentes et n'ont pu être considérées que comme des découvertes d'autopsie.

Il faudrait admettre que le cancer œsophagien se généralise fréquemment, — dans plus de la moitié des cas.

— Que la marche rapidement mortelle de la lésion initiale empêchera ces généralisations de se manifester, et alors elles ne peuvent évidemment avoir aucun intérêt pronostique, bien que par elles-mêmes elles aggravent le mal.

— Ou bien elles s'extérioriseront rapidement, alors même parfois que l'attention est à peine éveillée du côté œsophagien, le pronostic sera sombre le plus souvent, car l'organisme est en quelque sorte saturé de cancer, mais ceci n'exclut pas une tentative de thérapeutique, et de la lésion secondaire, et de la lésion initiale. L'évolution est d'ailleurs différente selon les cas observés.

— Ou enfin, elles ne se manifesteront qu'à la période cachectique, pré-agonique, et ne feront que confirmer hautement l'atteinte profonde de l'individu par ce mal envahissant et terrible, en même temps qu'elles hâteront, si c'est possible, la marche vers la tombe, en épuisant davantage le malade par leur développement propre.

---

## CHAPITRE VI

---

### IMPORTANCE CLINIQUE DES LOCALISATIONS SECONDAIRES

---

La métastase à distance peut acquérir, dans certains cas, un intérêt tout spécial, pour confirmer ou faire découvrir une tumeur œsophagienne. Cet intérêt est incontestable, mais il n'existe pas dans tous les cas, il est même absent dans la majorité des cas, lorsque la localisation secondaire complique une tumeur primitive, à symptomatologie typique, donc déjà diagnostiquée fermement par la clinique, la radiologie et peut-être aussi l'endoscopie avec son complément la biopsie.

Néanmoins, qu'un certain nombre de cas présente cet intérêt, et notre étude est justifiée, d'autant plus qu'il vaut peut-être mieux développer des faits peu souvent observés, donc plus ou moins mal connus, que ceux décrits plus fréquemment avec de nombreux détails et de nombreuses observations à

l'appui : affections typiques dont nul n'ignore la symptomatologie et l'évolution.

Nous envisagerons donc ici le rôle que la métastase peut jouer dans l'élaboration d'un diagnostic, d'abord dans les formes de cancer œsophagien s'accompagnant de signes locaux, mais non typiques de la tumeur maligne de cet organe, puis dans les formes latentes, sans symptômes révélant le mal, enfin dans l'hypothèse, quoique relativement rare, d'un néoplasme développé insidieusement au niveau d'une affection préexistante de l'œsophage, se manifestant depuis longtemps.

Et pour terminer, nous ajouterons quelques mots d'une erreur à éviter : Considérer à tort, comme tumeur secondaire à distance, une lésion maligne sans relations directes avec celle de l'œsophage.

### **A. - Importance pour le diagnostic différentiel**

Le cancer de l'œsophage se caractérise cliniquement par des symptômes locaux : dysphagie, régurgitations, douleurs et des phénomènes généraux marqués : amaigrissement rapide dû au développement de la maladie et, le cas échéant, à la difficulté de l'alimentation.

Quand les symptômes sont au complet, le diagnostic est relativement aisé. Mais que cette symptomatologie soit atypique, et que l'état général soit peu touché, on peut être très embarrassé pour conclure à une affection de l'œsophage plutôt qu'à une

autre. Le diagnostic sera à faire avec le spasme, le mégaoesophage, le diverticule, l'ulcère. Diagnostique parfois peu aisé, en l'absence des examens radioscopiques et endoscopiques, le premier qui ne peut pas toujours être effectué rapidement, le deuxième qui n'est pas toujours proposé par le médecin ou accepté par le malade.

Le spasme peut simuler par sa symptomatologie, le cancer, d'autant que dans ce dernier, il doit y avoir fréquemment un élément spasmodique associé. Il y a de la dysphagie et des régurgitations, et, la contracture pouvant gêner considérablement l'alimentation est susceptible de donner naissance à un état de dénutrition très accentué.

Le mégaoesophage qui s'extériorise, se traduit, lui, par des régurgitations, sans dysphagie appréciable, mais avec gêne ou sensations douloureuses thoraciques. Là aussi, si la nutrition est rendue difficile, il peut y avoir grave atteinte de l'état général, comme d'ailleurs dans les cas qui suivent : diverticule et ulcère.

Le diverticule s'accompagne souvent, à un état assez avancé de son développement, d'entrave à la déglutition, et il peut y avoir régurgitation, par évacuation de la poche vers la bouche.

Quant à l'ulcère, il est très rare, sa symptomatologie se résume en douleurs, dysphagie, régurgitations, parfois hémorragies.

Ces tableaux, quoique très rapidement esquissés,

permettent de se rendre compte que ces différentes symptomatologies peuvent parfaitement être l'expression d'un cancer œsophagien. L'état général ne donnera lui-même aucun renseignement précis, la néoplasie pouvant ne s'accompagner que d'une cachexie très modérée, et les autres affections pouvant par ailleurs être doublées d'un amaigrissement parfois considérable.

Il est bien évident qu'en complétant l'examen du malade par des recherches radiologiques, et l'étude au moyen d'un tube œsophagoscopique, complétée par une biopsie, on arrivera à une certitude au sujet de la maladie en cause.

Mais en nous plaçant sur un terrain exclusivement clinique, et le médecin praticien est bien souvent obligé de s'y cantonner uniquement, on conçoit l'importance qu'il y a à constater un gros foie bosselé chez un patient qui souffre par ailleurs de l'œsophage, et chez qui on pourrait, pour les seuls signes digestifs, porter aussi bien l'étiquette « spasme » ou « diverticule » que « cancer ». La métastase hépatique lève les doutes.

Un autre malade présentera une tumeur d'un muscle, des nodules cutanés, ou tout autre syndrome malin, il est logique de penser à la possibilité et même à la probabilité de rapports de cause à effet entre l'affection œsophagienne et la ou les tumeurs constatées par ailleurs, et de songer au cancer, une des caractéristiques de ce dernier étant de se propager souvent à distance.

Et si l'on peut obtenir un examen anatomo-pathologique d'une biopsie, ce n'est plus de probabilité qu'il sera question, mais de certitude.

Le laboratoire répondra par exemple : « Boyaux épithéliomateux, rappelant le carcinome classique » ou toute autre formule analogue. Alors le doute n'est pas possible, et la métastase a permis le diagnostic, en remontant de l'effet à la cause.

Donc, pour un noyau malin secondaire, le cas de structure semblable à celle d'une tumeur de l'œsophage permet de conclure à l'existence de cancer œsophagien avec métastase. Seulement l'inverse n'a aucune valeur, en effet, si la tumeur considérée comme secondaire ne présente pas cette structure du carcinome présumé, rien n'autorise a priori, de nier, par le fait même, l'existence de ce dernier.

Une observation empruntée à HANNS, WOLF et SCHLUMBERGER, illustrera nos affirmations précédentes.

Homme de 52 ans. Présente depuis quatre mois des troubles de la déglutition, caractéristiques d'une sténose œsophagienne. L'examen radiologique ne montre pas de rétrécissement bien net. Un petit ganglion de la base du cou à droite, dépistant une métastase épithéliomateuse, permet le diagnostic.

Dans cette observation, il s'agit d'une adénopathie, qui, quoique étant à droite et étant rare d'après ceux qui se sont occupés de la question, ne doit pas, selon nous, entrer dans le cadre des métas-

tases à distance. Mais, remplaçons-le, par la pensée, par des nodules cutanés, ou toute autre tuméfaction accessible, la marche du diagnostic eût été la même. Nous n'en avons pas trouvé d'exemple typique décrit dans la littérature.

Il faut réserver une mention spéciale à certaines tumeurs primitives avec atypie cellulaire. La tumeur secondaire présentera les mêmes caractères d'atypie, et ne permettra pas de remonter à la lésion initiale, par l'étude histologique de cette seule localisation secondaire. Il est, en effet, impossible dans ce cas, de préciser l'organe primitivement atteint. Ce fut le cas d'un malade dont l'observation a été rapportée par SÉBILLEAT, CASTAGNARY et LAINÉ.

Une tumeur intra-musculaire de la fesse droite est enlevée sous la présomption de myosarcome. L'examen histologique montra une structure de carcinome, avec nombreuses cellules atypiques, on ne peut faire aucune présomption quant au siège de la tumeur primitive. L'examen clinique ne relève rien. Le diagnostic de cancer de l'œsophage n'a été porté que deux mois après, par examen radiologique effectué à cause d'amaigrissement prononcé, sans cause décelable.

### **B. - Importance dans les formes latentes du cancer œsophagien**

C'est la grande question des cancers de l'œsophage sans signes locaux, ou à symptomatologie fruste.

Ces formes, quoique rares, ne sont pas exceptionnelles.

GUISEZ écrit :

« Le cancer de l'œsophage se présente dans la grande majorité des cas avec un tableau symptomatique toujours à peu près le même et permet de poser le diagnostic au point de vue clinique..... ».

«..... la dysphagie, symptôme cardinal et souvent unique du cancer de l'œsophage peut manquer complètement, donnant alors lieu aux formes latentes ».

BONNAMOUR et PICHAT, de leur côté, disent :

« La dysphagie n'est pas un signe nécessaire de cancer de l'œsophage. Si les cancers de l'œsophage, sans dysphagie, publiés sont rares, c'est à cause de la difficulté de leur diagnostic qui est presque toujours fait post-mortem et de la rareté des autopsies de ce genre de malades ».

GUISEZ considère une vingtaine de cas latents, sur 1.600 cancers œsophagiens examinés. Ce n'est pas énorme, certes, mais le pourcentage doit être notablement plus élevé, beaucoup d'entre eux, de par leur absence de symptomatologie, passent inaperçus.

Ce manque de phénomènes locaux serait la conséquence d'une lésion n'envahissant que partiellement la lumière du conduit. L'absence de spasme surajouté peut également se retrouver comme cause de ces formes silencieuses.

Avec BONNAMOUR et PICHAT, nous diviserons les formes latentes en :

1° Formes gastriques qui donnent des signes banaux de dyspepsie, ou de toute autre affection gastrique, parfois même le tableau peut-être d'un cancer de l'estomac, dans ce cas le problème est plus compliqué.

2° Formes cachectiques et anémiques. Le malade maigrit, perd ses forces, s'anémie considérablement, mais n'attire pas l'attention du côté d'une gêne de son alimentation. C'est le type réalisé dans l'observation I que nous rapportons.

3° Formes broncho-pleuro-pulmonaires. Ici on peut penser à n'importe quelle affection pulmonaire, pleurésie putride, gangrène, pyopneumothorax, etc. Rien du côté du tube œsophagien, le seul coupable cependant qui donne ces différents troubles, par extension et propagation de la masse néoplasique hors de son foyer initial. BONNAMOUR, avec GIRAUD, relatent ainsi l'histoire d'un malade atteint d'hydropneumothorax et qui ne présenta de la dysphagie que quinze jours avant sa mort.

4° Formes médiastinales et laryngées. La masse cancéreuse enserrant et englobant les organes, les vaisseaux et les nerfs du médiastin ; la mort peut être foudroyante, par ulcération de l'aorte ou de la veine azygos.

5° Formes métastatiques. Mais ce ne sont que des complications des formes précédentes, et c'est

justement à ce sujet qu'il nous paraît intéressant de faire quelques constatations.

Il nous semble qu'il faille ajouter une forme à plus proprement parler, latente, les signes œsophagiens manquant comme ci-dessus, mais aussi l'état général et les autres organes restant silencieux, jusque quelques semaines avant la mort, moment où l'affection paraît subir un coup de fouet presque inexplicable. Nous prendrons comme exemple l'observation rapportée par HYMAN.

Le 11 novembre 1918, HYMAN vit un homme de 58 ans, paraissant en bonne santé, mais qui présentait une tumeur de la région sus-claviculaire droite. Développement rapide faisant penser à une adénite. Grosseur une orange. Extirpation. C'était une tumeur maligne de type médullaire. Examen somatique négatif. Radio : léger élargissement de l'ombre médiastinale. On ne trouve pas de cancer primitif. La plaie se cicatrisa par deuxième intention. Revu trois mois après, à l'occasion d'un accident, le malade avait encore au cou une petite plaie bourgeonnante. Une semaine plus tard, il se plaint de la gorge. L'état s'aggrave, la plaie du cou s'aggrandit jusqu'à ulcérer la trachée. Vomissements. Pas de dysphagie. Huit jours après, mort par broncho-pneumonie. Autopsie : Cancer de la partie inférieure de l'œsophage, avec infiltration péri-œsophagienne.

Voilà donc un cancer qui a évolué sans signes locaux et qui, pendant une grande partie de son

évolution, ne s'est accompagné d'aucune atteinte de l'état général. Le premier signe fût une localisation secondaire, ganglionnaire, dans le creux sus-claviculaire droit.

Cette latence complète a été signalée dans d'autres cas.

C'est dans toutes ces formes, où l'attention n'est pas dirigée du côté de l'œsophage, que la métastase, lorsqu'elle se produira, permettra ici aussi un diagnostic. Elle aura le rôle du corps étranger, que recherchait GUISEZ, et qui était trouvé à l'œsophagoscopie, arrêté au niveau d'un léger rétrécissement cancéreux, dont le diagnostic était posé par le fait même.

Elle fait faire le diagnostic parce qu'elle fait rechercher le point de départ.

Dans l'observation II du Professeur BERNARD, il s'agissait d'une femme atteinte de cancer secondaire du foie, l'examen clinique ne montrant pas la tumeur primitive, un examen radioscopique du tube digestif est pratiqué : le corps du délit est ainsi découvert.

Au sujet d'une communication de CROUZON, BANCK et BUREAU, sur « les métastases viscérales diverses et généralisations cutanées au cours d'un cancer de l'œsophage » ; ROUSSY, en 1926, montrait l'importance des métastases cutanées, révélatrices de tumeurs malignes viscérales, encore latentes. Ce qui est vrai de ces nodules cutanés l'est aussi de

toute localisation secondaire décelable pendant la vie.

La biopsie, lorsqu'elle est possible, sera effectuée, qui montrera l'identité de structure avec un cancer de l'œsophage, ce qui sera un grand appoint dans la marche du diagnostic.

Dans l'observation III, c'est l'examen anatomo-pathologique de la lésion du coude qui eût vraisemblablement fait découvrir la tumeur initiale, alors qu'elle était encore insoupçonnée, si le malade avait suivi les conseils du Docteur DESBONNETS, d'accepter un examen du tube digestif aux rayons X. Examen suggéré par le résultat des recherches histologiques.

MATHIEU, SENCERT et TUFFIER disent dans leur Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage, que « les formes latentes sont méconnues ou dépistées par une propagation par continuité ou par contiguité ». A notre avis, il faut donc ajouter « ou par métastases ».

### **C. - Importance dans la cancérisation insidieuse d'une lésion œsophagienne préexistante**

Quelques mots, enfin, au sujet des malades qui souffrent depuis longtemps, parfois même depuis leur plus tendre enfance, d'une affection œsophagienne.

Rétrécissement cicatriciel, diverticule, mégaoesophage, ces maladies, tout comme l'ulcus gastrique,

peuvent subir une dégénérescence maligne. Et cette cancérisation pourra se faire avec le cortège habituel des signes de la tumeur œsophagienne. Ou bien, surtout pour le mégaœsophage, l'état général sera peu ou pas touché, alors que les symptômes préexistants, au niveau de la maladie ancienne, ne changeront pas ou seront si peu augmentés que le malade n'en sera pas affecté et s'en taira à son médecin. Si une métastase se produit alors, on retombe évidemment dans l'importance diagnostique des métastases dans les formes latentes du cancer œsophagien, décrites ci-dessus et sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Même importance également lorsqu'il y a un mégaœsophage complètement latent, sur lequel s'est greffé une tumeur maligne latente elle aussi.

#### **D. - Erreur à éviter**

En face d'un nodule cutané, d'une tumeur osseuse, d'une masse musculaire, etc..., ne pas se précipiter sur le diagnostic de localisation secondaire d'un cancer viscéral. Le plus souvent une biopsie est nécessaire, suivie d'un examen au laboratoire d'anatomie pathologique, qui, permettant de connaître la structure de la masse étudiée, orientera le diagnostic. Car s'il est des cancers secondaires localisés à la peau, il est des cancers primitifs de la peau, et ainsi pour toutes les régions et tous les organes.

Donc, ne pas vouloir conclure trop vite, sans preuves suffisantes.

## CHAPITRE VII

---

### INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE DE LA MÉTASTASE A DISTANCE

---

C'est très bien de faire un diagnostic juste, mais ce n'est pas surtout, et loin de là, ce qui intéresse le patient, qui n'attend qu'une chose, le soulagement de sa souffrance, la guérison de sa maladie. Le diagnostic doit être fait en vue de la thérapeutique.

En permettant de déceler, de découvrir le cancer initial, dans quelques cas, ainsi que nous l'avons vu précédemment, la métastase pourra-t-elle avoir par le fait même, un rôle pour la mise en œuvre d'un traitement efficace ? Efficace ! voilà un mot qui paraît bien prétentieux en face d'une affection aussi terrible, surtout si l'on veut admettre que la métastase ne se produit que lorsque la maladie est à un stade où plus rien ne peut être tenté.

Cependant, les localisations secondaires ne se produisent pas uniquement à la période terminale

de l'évolution. Et bien des formes latentes métastatiques présentent une lésion initiale pas trop importante, paraissant parfois peu extensive localement.

LETULLE et Léon BÉRARD ont chacun observé un cas de cancer de l'œsophage avec métastases, alors que la lésion initiale n'était encore qu'une ulcération minuscule, comme un simple coup d'ongle.

Dans ce cas, il faut tout mettre en œuvre pour lutter contre le mal, car on peut espérer un résultat heureux. Mais il faut agir rapidement, car l'extension du cancer livré à lui-même présente une marche implacable. Donc :

a) Traiter le cancer de l'œsophage. Diverses méthodes ont été proposées :

L'œsophagectomie, la curiethérapie, la radiothérapie pénétrante, sans compter les techniques palliatives que nous n'envisagerons pas ici, puisque nous sommes dans les cas de tumeurs à un stade généralement peu avancé de leur évolution. Mais il semble, que lorsque l'état général et local le permet, c'est encore la curiethérapie qui soit la plus efficace et la moins dangereuse. Elle a donné de merveilleux résultats entre les mains de GUISEZ, qui, à ce sujet, a fait de nombreuses communications et en pose les indications comme suit :

Absence de cachexie ;

Sténose incomplète ;

Diagnostic net ;

Il faut que les lésions n'aient pas dépassé  
les parois œsophagiennes ;

Il faut irradier la tumeur dans toute sa  
hauteur.

b) Traiter la métastase :

Exérèse chirurgicale lorsque c'est possible ;

Radiothérapie dans d'autres cas ;

Curiethérapie parfois,

de toutes manières s'adapter à chaque cas parti-  
culier.

Et dans les cas heureux, on pourra avoir le bon-  
heur de constater l'efficacité d'une thérapeutique  
judicieusement appliquée, et voir des malades se  
maintenir pendant des mois, peut-être des années,  
dans un état de santé qui, bien que satisfaisant,  
n'en est pas moins très précaire, étant à la merci  
d'une récurrence locale brutale, ou d'une ou plusieurs  
localisations secondaires nouvelles, qui pourront  
avoir sur l'état général une répercussion d'autant  
plus fâcheuse, peut être que le mal a été tenu en  
échec plus longtemps.

---



## CONCLUSION

---

Les métastases à distance du cancer de l'œsophage existent :

— Par des autopsies systématiques de tout cancer œsophagien, on arrive à admettre qu'elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement ;

— Beaucoup d'entre elles ne se manifestent par aucun signe ;

— Les localisations secondaires peuvent survenir à la période ultime, cachectique de la maladie ;

— Elles peuvent se produire alors que la lésion primitive est encore modérée ou même minime.

Dans ces conditions, on conçoit que ces métastases puissent avoir un rôle, surtout par leur examen histologique, après biopsie ou exérèse :

— Dans le diagnostic différentiel du néoplasme œsophagien ;

— Dans le diagnostic des formes de cette affec-

tion, développées insidieusement sur un œsophage sain, ou atteint d'une maladie préalable.

Et qui plus est :

Ces métastases, en aidant au diagnostic, pourront dans certains cas, par contre coup, aider à la thérapeutique, ce qui est une chose appréciable et qui justifierait par elle-même cette étude des métastases à distance du cancer de l'œsophage.

---

Nancy, le 29 Janvier 1935.

Vu : *Le Président de Thèse,*

MICHEL.

Vu et approuvé :

Nancy, le 30 Janvier 1935.

*Le Doyen de la Faculté de Médecine :*

SPIELMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 31 Janvier 1935.

*Le Recteur de l'Académie de Nancy,*

BRUNTZ.

*Président du Conseil de l'Université*

## BIBLIOGRAPHIE

---

- E. BARANY. — Distant metastasis in cancer of œsophagus. — *Radiologic. Rev. and Chicago Medic. rec.*, Nov. 1932.
- BENSAUDE et GUÉNAUX. — Cancer secondaire à une dilatation idiopathique de l'œsophage. — *Revue de Médecine*, 1921, n° 2.
- L. BÉRARD. — Le cancer de l'œsophage. — *Bibliothèque du cancer*. Doin, 1927.
- A. BERNARD. — Les métastases à distance du cancer de l'œsophage. — *Journ. des Sciences Méd. de Lille*, 14 oct. 1934.
- BLUMENSOHN. — Metastatische maligne geschwülste in Herzen. — *Thèse Bâle*, 1907.
- BONNAMOUR et GIRAUD. — Cancer de l'œsophage révélé par une pleurésie putride. — *Lyon Médical*, Oct. 1928.
- BONNAMOUR et PICHAT. — Les formes larvées du cancer de l'œsophage. — *Journal de Médecine de Lyon*. 26 août 1930.
- M. BONNARD. — Le cancer de l'œsophage sans signes cliniques œsophagiens. — *Thèse*, Paris 1921.
- BOURGEOIS, LECÈNE, LENORMANT. — Précis de pathologie chirurgicale. Tome 3. Masson 1928.

- M. BRÉMOND. — Les formes cliniques du cancer de l'œsophage. — *Marseille Médical*, Mars 1930.
- CADE et MORÉNAS. — Mégacœsophage et cancer. — *Lyon Médical*, 1921.
- CARNEVALE RICCI. — Il carcinoma dell'esofago. — *Otorhino-laryngologia Italiana*, Février 1931.
- CHALIER et DELORME. — Cancer de l'œsophage. Enorme généralisation hépatique. Mort par hémorragies dues à l'ulcération de la grande veine azygos. — *Lyon Médical*, 1922, p. 24.
- CHEVALIER-JACKSON. — Endoscopie. Doin 1914.
- F. J. COLLET. — Cancer du segment supérieur de l'œsophage. - Paralysie récurrentielle double. Généralisation hépatique. — *Journal de Médecine de Lyon*, 1925, p. 463.
- CROUZON, BANCK et BUREAU. — Métastases viscérales diverses et généralisations cutanées, au cours d'un cancer de l'œsophage. — *Ann. Anat. Path. et Anat. Norm. Méd. Chirurg.*, Janv. 1927.
- Y. DELAGÉNIÈRES. — Des dangers du traitement du cancer de l'œsophage par le radium. — 9<sup>e</sup> *Cong. Soc. Intern. de Chirurgie*, Madrid 15-18 mars 1932.
- DELBET. — Cancer de l'œsophage. — *Le Progrès Médical*, Avril 1922.
- M. DESCHAMPS. — Contribution à l'étude du cancer secondaire aux dilatations idiopathiques de l'œsophage. — *Thèse*, Lyon 1921.
- DEVÉ. — Cancer de l'œsophage latent. - Rupture de l'aorte thoracique. — *Normandie Médical*, 1907, p. 102.
- M. D'HALLUIN. — 23 résultats éloignés de cancers traités par les radiations. — *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, Avril et Juillet 1923.

- D'HALLUIN, BELLE et DESBONNETS. — Cancer de l'œsophage révélé par une tumeur métastatique du coude. — *Soc. de Radiologie Médicale de France*. Séance 10 juillet 1934.
- L. DUCUING. — La Curiethérapie des cancers de l'œsophage. - Technique. - Résultats. — *Rev. de Laryng., otol., rhinol.* Avril 1933.
- L. DUFOURMENTEL. — Le traitement curatif du cancer de l'œsophage. — *Paris Médical*, 1930, n° 30.
- Ed. C. ERNST. — *Annals of ot. rhin. laryng*, 1931, p. 870.
- FREUDENHAMMER. — Carcinoma œsophagi. — *Thèse*, Berlin, 1873.
- GASBARRINI. — Carcinome dell' esofago con diffusiones laryngotracheale e ipofaringea. Metastasi multiple. — *Riforma Medica*, 1929, n° 18.
- GEIPEL. — Geschwuls bildung in Herzen. — *Centralbl. f. patho. anat.*, 1899.
- GRAHAM et BALLON. — Surgical aspects. — *Ann. of. ot. rhin. laryng.*, 1931, p. 895.
- GROSSMANN. — Wistnik roentguenologuii radiologuii. — Leningrad, 1926.
- GUISEZ. — Traité des maladies de l'œsophage. — Baillière, 1911.
- GUISEZ. — Cancers de l'œsophage à formes rares. - Cancers secondaires et cancers à double localisation. — *Bull. d'O. R. L.*, 1925, p. 15.
- GUISEZ. — Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. - Quelques résultats éloignés. — *Bulletin Médical*, 1925, n° 20.
- GUISEZ. — Causes de réussite ou d'échec dans la radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — *Bulletin médical*, 1925, n° 47.

- GUISEZ. — Quelques formes anormales du cancer de l'œsophage. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 18 novembre, 1927.
- GUISEZ. — Plusieurs cas de cancer de l'œsophage traités avec succès par la radiumthérapie. — *Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*, 5 décembre 1930.
- GUISEZ. — Présentation de malades soignés par la radiumthérapie pour cancer de l'œsophage. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 22 mai 1931.
- GUISEZ. — De la biopsie dans le cancer du larynx et de l'œsophage. — *Ann. Oto-Laryng.*, juin 1931.
- GUISEZ. — Sur quelques formes anormales du cancer de l'œsophage ; en particulier les formes latentes. — *La Clinique*. Mars 1933.
- GUISEZ. — Nouvelles observations de radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — *Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*. 19 mai 1933.
- GUNS. — Le cancer de l'œsophage. — *Arch. des mal. de l'app. digest. et des mal. de la nutrition*. 1929, p. 420.
- HANNS, WOLF et SHLUMBERGER. — *Strasbourg Médical*, 1930.
- G. F. HELSLEY. — The metastasizing tendency of œsophagus carcinoma. — *Annals of surgery*, 1923, p. 272.
- HERRIMANN. — Malignancy of the larynx and œsophagus treated by radium. — *Laryngoscope*, Sept., 1927.
- HYMAN. — Un cas rare de carcinome de l'œsophage. — *The New-York Medical Journal*, Avril 1919.
- ILLAIRE. — Contribution à l'étude du cancer de l'œsophage. — *Thèse*, Paris 1932.
- KLEIN. — Lokalisation und Metastasierung des œsophaguscarcinome. — *Arch. für Klin. Chir.*, 1927, p. 166.
- LAIGNEL-LAVASTINE et J. DU CASTEL. — Epithélioma pavimenteux atypique de l'œsophage avec généralisations

- osseuse et cérébrale chez une malade atteinte d'herpétide exfoliatrice. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 mai 1919.
- LAMY. — Etude de statistique clinique de 134 cas de cancers de l'œsophage et du cardia. — *Thèse*, Paris 1910.
- LAUNOIS et GAILLARD. — Tumeur de la trachée secondaire à un épithélioma de l'œsophage. — *Soc. Nation. de Méde. et des Sc. Méd. de Lyon*, 29 juin 1927.
- LAURES et BERTHIER. — Cancer de l'œsophage. - Décès par affection intercurrente plus de deux ans après l'apparition de la dysphagie. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 mai 1927.
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de Chirurgie. — Tome 19. Baillière, 1912.
- LEDoux. — Diagnostic et traitement du cancer œsophagien. — *Le Cancer*, 1923, n° 1.
- LETULLE et JACQUELIN. — Coexistence d'une dilatation congénitale œsophagienne avec un cancer de l'œsophage. — *Soc. Anatomique*, Paris, Juillet 1919.
- LOEWY. — La dilatation des cancers de l'œsophage. — *Soc. de gastro-entérol. de Paris*, 14 mai 1934.
- MAC GIBBON. — Néoforinations malignes multiples associées à un carcinome de l'œsophage. — *The Lancet*, 7 octobre 1933.
- MADINAVEITIA, ALLONSO et GARCIA MORAN. — Un caso de cancer esofagico sobre una cicatrix caústica. — *Arch. de Med. y cirurg. y especialidadeles*, Madrid 31 déc. 1927.
- MAGNUSSON. — Cancer of the œsophagus after corrosion with lye. — *Acta chir. scandinavia. Stockolm*, 4 avril 1932.

MANDILLON. — Sur un cas de cancer de l'œsophage avec métastase osseuse au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit. *Bordeaux Chirurgical*, 1930, p. 194.

MATHIEU, SENCERT et TUFFIER. — Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage. Masson, 1913.

MURRAY. — A method of palliative treatment of carcinoma of the œsophagus. — *Canadian med. ass. Journ.* Sept. 1931.

NEW et VINSON. — Metastasis from symptomless cancer of œsophagus. — *Med. Journ. and rec.*, 1924, p. 19.

*Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale.*

OFFERGELD. — Die Entschung der sekundären Eiertockskrebse nach gewiesen an einem primären Speiseröhrenkrebs. — *Arch. f. klin. chirurg.* 28 février 1933.

ORTON. — Sarcoma of the œsophagus. — *Ann. of O.R.L.*, 1924, p. 1236.

PALLASSE et M<sup>lle</sup> LAMBERT. — Cancer de l'œsophage latent, non sténosant, avec généralisation hépatique. — *Lyon Médical*, Octobre 1928.

PIC et BRET. — Contribution à l'étude du cancer secondaire du cœur. — *Revue de Médecine*, 1891, p. 1022.

POLSON et MAC INTOSH. — Carcinoma of the œsophagus. *The Lancet*, Octobre, 1931.

RAMOND. — Le cancer de l'œsophage. — *Conférences de clinique médicale pratique*. — Deuxième série. Vigot, 1926.

REBATTU, GRAVIER et PETOURAUD. — Megacœsophage et cancer. — *Lyon Médical*. Août 1924.

REDI RODOLFO. — Sul cancro dell 'esofago. — *Rassegna intern. di clinica e terapica*, 1930.

- ROGER, VIDAL et TEISSIER. — Nouveau traité de médecine.  
— Fasc. 13. Masson, 1923.
- ROSENTHAL. — Carcinoma of œsophagus with multiple metastases. — *Med. journ. Australia*. 17 janvier 1931.
- SAMAJA. — I tumeri dell 'esofago. — Milan, 1908.
- SCHERMAN. — Cancer de l'œsophage. - Compte-rendu de 50 cas. — *Amer. journ. med. sc.*, Janvier 1928.
- SEBILLEAU, CASTAGNARY et LAINE. — Epithélioma latent de l'œsophage avec métastases intra-musculaires. — *Gazette Médicale de Nantes*. Janvier 1930.
- SILVAGNI. — Rarità ed anomalie di suitome di decorso nei carcinome dell 'apparato digerente. — *Boll. dell scienze med.*, juin-juillet, 1903.
- SOUTTAR. — Treatment of carcinoma of the œsophagus, based on 100 personal cases and 18 post-mortem reports. — *British journ. surg.*, Juillet 1927.
- STARLINGER. — Zur kasuistik und statistik de œsophagus-carcinoms. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1922, n° 3.
- STEWART. — Discussion on the treatment of cancer of the œsophagus. — *Proc. of the roy. soc. of med.*, 1926-1927, p. 241.
- STRAUSS. — Primärer latent nerland fender Speiseröhren Metastase an Schadel-dacheoks Unfallfolge. — *Munich med. Woch.*, 1912.
- TOURAINÉ. — Syphilis et cancer de l'œsophage. — *Soc. Française de Dermat. et de Syphil.* 8 novembre 1934.
- VILLAR et MONOD. — Métastase rare d'un cancer de l'œsophage. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1922, p. 615.
- VINSON. — Cancer de l'œsophage. — *Amer. jour. med. sc.*, Septembre 1923.

WEILER et CASIELLO. — Estenosis neoplasica dell 'esofago con adenopatía metastasica particular. — *Rev. med. del Rosario*, Juillet 1933.

WORMS et GRANDCLAUDE. — Epithélioma de l'œsophage sur cicatrice de brûlure. — *Ann. anat. path. et anat. méd. chir.*, Avril 1927.

ZUPPINGER. — Richtlinien zur Behandlung des œsophagus karzinome. Zürcher Erfahrungen. — *Stralenthérapie*, 29 juillet 1931.

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                        | PAGES |
|------------------------------------------------------------------------|-------|
| <i>Introduction</i> .....                                              | 9     |
| CHAPITRE I. — Observations .....                                       | 11    |
| CHAPITRE II. — Existence des métastases à distance .....               | 17    |
| CHAPITRE III. — Fréquence .....                                        | 21    |
| CHAPITRE IV. — Localisations .....                                     | 25    |
| CHAPITRE V. — Pronostic .....                                          | 29    |
| CHAPITRE VI. — Importance clinique des localisations secondaires ..... | 31    |
| CHAPITRE VII. — Intérêt thérapeutique de la métastase à distance ..... | 43    |
| <i>Conclusion</i> .....                                                | 47    |
| <i>Bibliographie</i> .....                                             | 49    |









